



Alan Z. Pomeranz
DMD, MmSc*

Emilio I. Argüello
DMD, MmSc*

Marc W. Reissner
DDS

Neil Neugeboren
DDS, MA

Eduardo Marcuschamer
DMD*

*Diplomate, American
Board of Periodontology

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DE SALUD
(Indique sus Respuesta)

¿Nombre de su Medico? _____ ¿Número de Telefono? _____

La Dirección de su Medico? _____

Fecha de su último examen físico? _____ Última visita _____ Razón _____

Actualmente está bajo el cuidado de un Dr. medico? _____

Ha tenido alguna enfermedad grave, operación u hospitalización? SI _____ NO _____

Indique _____

Está tomando medicamentos? SI _____ NO _____ Si la respuesta es sí, por favor indique los medicamentos

Dosis y frecuencia _____

Está tomando vitaminas o suplementos a base de hierbas? SI _____ NO _____ Indique _____

Ha tomado antibióticos dentro de los últimos seis meses por cualquier razón? SI _____ NO _____

Está tomando aspirina diariamente? SI _____ NO _____

Es usted alérgico (a) o tiene alguna reacción adversa a anestesia local, penicilina, codeína o cualquier otro Medicamento?

SI _____ No _____

Por favor Indique cualquier alergia _____

Alguna vez usted ha sido adicto a drogas o alcohol? SI _____ NO _____

Ha estado bajo tratamiento por problemas de drogadicción o alcoholismo? SI _____ No _____

Peso Actual _____

Si tiene alguno de lo siguiente? (Por favor de indicar sus respuestas)

Enfermedad de Corazón o cirugía SI _____ NO _____ Sangramiento excesivo.....SI _____ NO _____

Infartos SI _____ NO _____ Enfermedad de los PulmonesSI _____ NO _____

Dolor de Pecho SI _____ NO _____ Tuberculosis SI _____ NO _____

Fiebre Reumática..... SI _____ NO _____ Asma o EnfisemaSI _____ NO _____

Soplo en el corazón SI _____ NO _____ Fuma?SI _____ NO _____

Alguna vez se a echó un eco-cardiograma?..... SI _____ NO _____ Si Fuma cuanto paquetes al día?.....SI _____ NO _____

Tiene alguna válvula artificial en el corazón?SI _____ NO _____ Por cuantos años? _____

Tiene válvula o seguro en cual quiere articulación del cuerpo?..... SI _____ NO _____

Diabetes?..... SI _____ NO _____

Algún miembro de su familia tiene Diabetes?.....SI _____ NO _____

Alta Presión (o usual) SI _____ NO _____

Embolia o Accidente cerebral..... SI _____ NO _____

Epilepsia SI _____ NO _____

Úlcera estomacal SI _____ NO _____

Problemas del Riñones..... SI _____ NO _____

Problemas del Toroide..... SI _____ NO _____

Artritis..... SI _____ NO _____

Problemas de Sinusitis..... SI _____ NO _____

Hepatitis, Ictericia o Problemas del Hígado..... SI _____ NO _____

Cáncer o Terapia de Radiación SI _____ NO _____

Enfermedades de transmisión Sexual?..... SI _____ NO _____

VIH positivo o SIDA..... SI _____ NO _____

Glaucoma SI _____ NO _____

(Mujeres)

Pueda que usted esté embarazada?SI _____ NO _____

Histerectomia?SI _____ NO _____

Toma Píldoras Anti-Conceptivas?SI _____ NO _____

Esta amamantando?SI _____ NO _____

Nombre: _____

Su razones por la cual hizo esta cita? _____

Fecha de su ultimo examen con su Dentista General? _____

Fecha de su última limpieza (Dientes)? _____

Tiene usted citas programadas con su Dentista restaurativa? si no

En caso de que si, cuándo y cuál fue el motivo? _____

Tratamiento dental importante Anteriorment? _____

En su opinión, Que es su condición dental general? _____

¿Ha Tenido usted? (Por favor indique las respuestas correspondidas)

Dolor reciente in la boca o cara..... si no

Periodoncia (encías) Tratamiento..... si no

Sangrado de las Encías si no

Ortodoncia (Frenillos) Tratamiento si no

Dientes flojos..... si no

¿Respira por La Boca? si no

Mal aliento si no

Tiene Lesiones en la cara o mandíbula..... si no

Sabor desagradable..... si no

Sonido estallido o dolor en las articulaciones en frente de los oídos ... si no

Impactacion de Alimentos..... si no

Dolor alrededor de los Oídos si no

Hinchazón o nódulos en la boca..... si no

Dientes Sensibles al calor, frio o dulce si no

Apretar o rechinar de dientes si no

Se Despierta con un dolor en la mandíbula si no

Esta masticando satisfactoriamente..... si no

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes si no

Si no está satisfecho con su apariencia o al masticar, Que desea cambiar? _____

Con que Frecuencia ha tenido usted una limpieza dental? _____

Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____

Utiliza hilo dental? si no Con que frecuencia? _____

Como se siente acerca de mantener sus dientes? _____

Es usted aprensivo acerca del tratamiento dental? si no Si es asi, ¿Por qué razón? _____

Consentimiento

Por lo presente certifico que he dicho a los Dr. Pomeranz/ Argüello/ Reissner/ Neugeboren/ Marcuschamer/ o al personal de esta clínica toda la verdad sobre mi condición médica y dental en cuanto a mejor conocimiento.

Yo autorizo a los Dres. Pomeranz/ Argüello/ Reissner/ Neugeboren y a su personal para tomar radiografías, o cualquier otro tipo de ayuda de diagnóstico que considere convenientes por los Dres. Pomeranz/ Argüello/ Reissner/ Neugeboren para hacer un Diagnostico profundo de mis necesidades dentales. También entiendo que el uso de agentes anestésicos locales tiene un cierto riesgo el cual será explicada el/ los Doctores a mi satisfacción.

Firma del Paciente: _____ Testigo _____
(O de los padres si es menor de edad)

Revisado por: _____

Gracias por tomarse el tiempo para darnos esta información, Alan Z. Pomeranz, DMD Emilio Argüello , DMD, MMSc, Marc W. Reissner, DDS, Neil Neugeboren, DDS